



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
“QUANDO UM MINUTO PODE FAZER A DIFERENÇA”

Stefanie Pires Moraes

Orientador:

Dr. António Marques da Silva

Porto 2013

Resumo

Este Relatório de Estágio está inserido no âmbito da unidade curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio”, do curso Mestrado Integrado em Medicina. Durante a minha formação médica o contacto com a medicina de emergência foi reduzido e os conhecimentos adquiridos tiveram uma aplicação prática inexistente, não possibilitando a aquisição das competências necessárias numa área de importância fundamental na formação base de um médico. Assim, escolhi o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) como local de estágio com o intuito de colmatar as lacunas existentes na minha formação.

O estágio teve uma duração total de 84 horas: 24 horas em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), 24 horas em ambulância Suporte Básico de Vida (SBV), 12 horas em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e 12 horas no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Ocorreram no total 27 acionamentos, 56% dos quais por doença súbita (n=15) e 30% por trauma (n=8). O meio que teve mais acionamentos por turno foi a ambulância SBV, seguindo-se a VMER e por fim a ambulância SIV.

Graças a este estágio, sou agora capaz de situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes. Consigo identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico. Aprendi técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave. Conheço os protocolos de atuação e os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida. Tive também a oportunidade de ficar a conhecer a realidade do INEM e dos profissionais que lá trabalham.

Para além da experiência académica adquirida, a frequência nos meios INEM, fez-me crescer a nível cívico e pessoal, o que foi muito enriquecedor.

Abstract

This internship report is included in the subject of the course "Thesis / Project / Internship Report", of the Masters in Medicine. In my medical training, the contact with emergency medicine was reduced and the knowledge that was acquired had almost a nonexistent practical application which did not allow the acquisition of the most fundamental skills of a doctor basic formation. Therefore, having as a my main goal the overcome of some gaps in my formation I choose to make my internship in the National Institute of Medical Emergency (INEM),

The internship lasted for 84 hours: 24 hours in Immediate Life Support ambulances (SIV), 24 hours in Basic Life Support ambulances (SBV), 24 hours in Medical Car of Emergency and Reanimation (VMER) and 12 hours in the Guidance Centre of Emergency Patients (CODU). There were a total of 27 occurrences, 56% due to sudden illness ($n = 15$) and 30% due to trauma ($n=8$). The mean that had more exists per turn was the ambulance SBV, followed by VMER and then SIV.

Thanks to this internship, I am now able to identify and fulfil the role of a doctor in the evaluation and treatment of an emergency patient, recognizing their leadership role on the teams who care for such patients. Now I can identify the main emergencie situations for medical and traumatology areas. I have learned "life-saving" techniques that are assumed to be essential for the maintenance of the severed injured patient. I have also acquired knowledge about the performing protocols and the Algorithms of Advanced Life Support. I also had the opportunity to get to know the reality of INEM and the other professionals who work there.

In addition to the academic experience acquired, this internship made me grow in a personal and a civic level, which was very enriching.

Agradecimentos:

Apesar da natureza individual própria de um trabalho deste género, não poderia deixar de enfatizar todos os que contribuíram para a sua realização, desde o simples apoio moral até à orientação formal. Assim, gostaria de agradecer especialmente:

Ao Dr. António Marques, pela oportunidade da realização do estágio, aliada à orientação e coordenação deste Relatório de Estágio;

À Instituição INEM, por permitir a observação/participação nas suas atividades, integrando-me harmoniosamente na sua estrutura institucional.

Aos vários profissionais do INEM, desde operadores, TAE, Médicos e Enfermeiros, por contribuírem para a minha integração nas equipas de trabalho, e pela disponibilidade, atenção e ensinamentos;

À família, namorado e amigos, por toda a paciência e apoio incondicional.

Lista de Acrónimos

AAS – Ácido Acetilsalicílico

AP - Auscultação Pulmonar

Ap – Ampola

AVP – Acesso Venoso Periférico

Bpm – Batimentos por minuto

BV – Bombeiros Voluntários

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Cpm – Ciclos por minuto

DAE - Desfibrilhador Automática Externa

DM – Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EM – Emergência Médica

EV – Endovenosa

FA – Fibrilhação auricular

FV – Fibrilhação ventricular

GEM – Gabinete de Emergência Médica

GNR - Guarda Nacional Republicana

HGSA – Hospital Geral Santo António

HSJ – Hospital São João

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IM – Intramuscular

MI – Membro inferior

Min - Minutos

MS – Membro superior

MV – Murmúrio Vesicular

PCR – Paragem Cárdiorrespiratória

PSP – Polícia de Segurança Pública

RS – Ritmo Sinusal

RA - Ruídos Adventícios

SAE - Serviço de Ambulâncias de Emergência

SBV - Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SDR – Sinais de Dificuldade Respiratória

SHEM - Serviço de Helicópteros de Emergência Médica

SF – Soro Fisiológico

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TS – Taquicardia Sinusal

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Lista de Figuras, Tabelas e Gráficos

Figura 1 - Resumo da História Cronológica da Emergência Médica em Portugal

Figura 2 - Número de Chamadas de Emergência Recebidas

Figura 3 – Número total de acionamentos

Figura 4 - Alguns dos serviços disponibilizados pelo INEM

Figura 5 - Meios de socorro do INEM

Figura 6 - Acionamentos Vs Objetivos/Competências a adquirir

Tabela 1 - Caracterização dos acionamentos

Gráfico 1- Distribuição das 84 horas de estágio pelos diferentes meios do INEM e CODU.

Gráfico 2 - Motivo dos acionamentos por meio INEM

Gráfico 3 - Distribuição dos acionamentos por local de ocorrência

Gráfico 4 - Percentagem de ativações consoante a classe etária

Gráfico 5 - Triagem de Manchester, mortes e não transportados por meio INEM

Gráfico 6 - Motivo e Percentagem Relativa de Ativações na VMER

Gráfico 7 - Tempo médio de chegada ao local consoante o INEM

Índice

Resumo	II
Abstract.....	III
Agradecimentos:.....	IV
Lista de Acrónimos.....	V
Lista de Figuras, Tabelas e Gráficos	VII
Índice	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
Motivações Pessoais	1
Objetivos	2
Os primórdios da Emergência Médica.....	2
O INEM	4
Meios de Emergência Médica.....	6
DISCUSSÃO.....	8
Descrição das atividades efetuadas	8
<i>VMER</i>	8
<i>SIV</i>	14
<i>SBV</i>	17
CODU.....	26
Análise das ativações	26
Estágios em VMER	30
Estágios em Ambulâncias SIV	31
Estágios em Ambulâncias SBV	32
Estágios no CODU.....	32
CONCLUSÕES	35
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	39

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio está inserido no âmbito da unidade curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio”, a qual faz parte do plano de estudos do curso Mestrado Integrado em Medicina, do Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

O presente estágio apresenta uma carga horária total de 84 horas extracurriculares, distribuídas pelos meios SBV, SIV e VMER e pelo CODU da Delegação Norte do INEM.

Motivações Pessoais

A Emergência Médica é uma área que tem sido bastante descurada em alguns planos curriculares das Faculdades de Medicina nacionais.

Durante a minha formação médica o contacto com a medicina de emergência foi reduzido e os conhecimentos adquiridos tiveram uma aplicação prática inexistente, não possibilitando a aquisição das competências necessárias numa área de importância fundamental na formação base de um médico. Assim, vi neste estágio uma oportunidade única para combater as lacunas existentes na minha formação e, por outro lado, acompanhar de perto uma realidade que sempre me fascinou desde criança - “Quando for grande quero ser médica para salvar muitas vidas” – dizia eu quando alguém me perguntava o que queria ser quando fosse grande. No entanto, a possibilidade de atuar de forma decisiva e definitiva na vida de um doente não está presente de forma tão óbvia e cabal em qualquer outra área, como na dos cuidados pré-hospitalares em que a formação específica é fundamental para melhorar a eficácia da atuação das equipas envolvidas nas situações de emergência. Isto, aliado à curiosidade de conhecer a organização e funcionamento do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em Portugal fizeram deste estágio uma oportunidade valiosa a nível académico, cívico e até mesmo a nível pessoal.

Objetivos

Os objetivos gerais deste estágio contemplam os seguintes pontos:

- Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo-o como fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes;
- Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico;
- Apreender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave;
- Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida;
- Tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica.
- Adquirir as seguintes competências: Liderança e de gestão, em situação de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente; Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes, em situação de doença súbita e trauma; Trabalho em equipa; Responsabilidade e Ética profissional.

Os primórdios da Emergência Médica

A Emergência Médica Pré-Hospitalar deu os seus primeiros passos durante as Guerras Napoleónicas, no final do século XVIII, quando um Cirurgião Francês, Dr. Dominique Larrey, desenvolveu um sistema de ambulâncias volantes de forma a socorrer os feridos no campo de batalha (Skandalakis PN *et al*, 2006).

No nosso país, o início do atendimento pré-hospitalar remonta ao ano 1965 (**Figura 1**), com a criação do número nacional de emergência “115” e a implementação de um sistema de transporte de doentes e feridos a cargo da PSP inicialmente apenas em Lisboa, tendo sido estendido dois anos mais tarde ao Porto e Coimbra (Madeira, *et al.*, 2011).

Em 1971 foi criado o SNA onde existiam "Postos de Ambulância" dotados de ambulâncias com equipamento sanitário e de telecomunicações, sedeadas na PSP, na GNR e em Corporações de Bombeiros (Madeira, *et al.*, 2011).

O GEM surgiu mais tarde, em 1980, da necessidade de criação de um Sistema Integrado de Emergência Médica. O INEM surge em 1981 com a consequente extinção do GEM e do SNA.

A partir deste ano a evolução foi gradual, havendo a criação do CODU Lisboa em 1987 e pouco tempo depois do CODU Porto, seguindo-se o de Coimbra e mais tarde o do Algarve. Quanto aos meios utilizados, também houve uma grande evolução e diferenciação, sendo que a primeira VMER entrou em funcionamento em 1989 em Lisboa e em 1995 no Porto. O Serviço de Helicópteros juntou-se à rede de meios em 1997. A partir de 2004, devido ao acolhimento do Campeonato Europeu de Futebol no nosso país, em que o INEM teve um papel preponderante de forma a garantir o êxito do evento, foi criado o Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE), surgindo as ambulâncias SBV com a valência de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), tripuladas por Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE). Ainda em 2004 surgiram também os Motociclos de Emergência Médica e em 2007 as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, altura em que o SAE já se estendia a todo o território nacional (Madeira, et al., 2011).

Emergência Médica em Portugal	1965 - 1º Serviço de socorro às vítimas na via pública em Lisboa, cuja responsabilidade era da PSP; Implementação do número "115";
	1967 - Alargamento do serviço de socorro pré-hospitalar ao Porto e Coimbra ;
	1970 - Alargamento do serviço de socorro pré-hospitalar a Aveiro, Setúbal e Faro;
	1971 - Criação do Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA),
	1980 - Surge o Gabinete de Emergência Médica (GEM) na altura encarregue de desenvolver e coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)
	1981 - Criação do INEM com consequente extinção do SNA e do GEM
	1982 - Criação do Centro de Informação Antivenenos (CIAV)
	1987 - Início da atividade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) em Lisboa; Implementação do subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco
	1989 - 1º Viatura de Emergência e Reanimação (VMER) do CODU de Lisboa; Criação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU MAR)
	1991 - Início da atividade do CODU Porto
	1997 - Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), apenas durante o período diurno
	2002 - helicópteros passaram a funcionar 24 horas por dia
	2004 - EURO 2004 - Motivou a criação do Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE) com a criação de ambulâncias e Suporte Básico de Vida (SBV); implementação dos Motociclos de Emergência Médica em Lisboa e no Porto; Criação do Centro do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC)
	2007 - Estensão do SAE a todo o território nacional; Criação das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)

Figura 1 Resumo da História Cronológica da Emergência Médica em Portugal (adaptado de: Madeira S, et al, 2011)

O INEM

É o organismo do Ministério da Saúde ao qual cabe assegurar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.) assim como a formação são as principais tarefas do INEM (Decreto-Lei n.º 34/2012).

Os pedidos de socorro são feitos através do Número Europeu de Emergência “112”, que são atendidos em Centrais de Emergência da PSP. As chamadas de ordem médicas são então encaminhadas para os CODU do INEM em funcionamento em Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, sendo estas atendidas a nível nacional desde Agosto 2011 (Relatório de Atividades e Contas 2011), altura em que foi criado o CODU Nacional colocando fim às diferenças regionais no atendimento das chamadas de emergência.

Em 2012 foram atendidas 1150107 chamadas (INEM, 2013) o que representa, em média, 3151 chamadas diárias (**Figura 2**), que resultou num total de 835722 acionamentos (**Figura 3**).

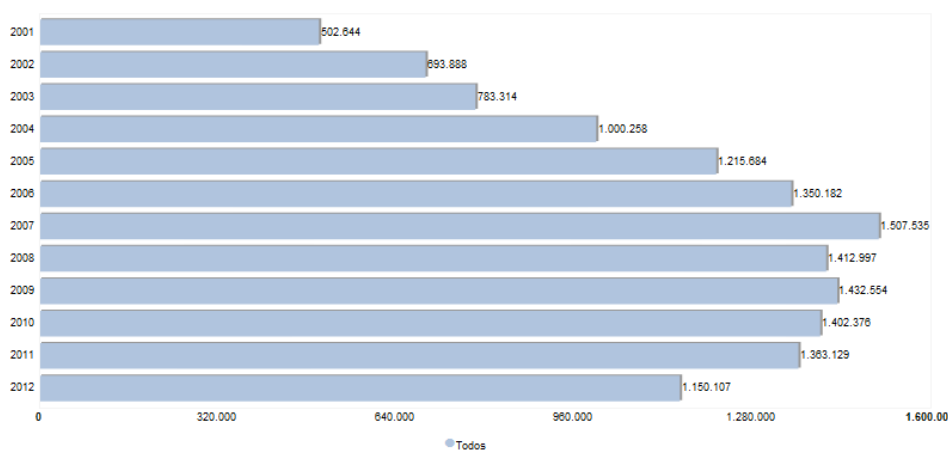


Figura 2 Número de Chamadas de Emergência Recebidas 2001-2012 (disponível em <http://www.inem.pt/stats/stats.asp>)

Os CODU são importantes elos na cadeia de sobrevivência e compete-lhes atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo final de determinar os recursos mais adequados e necessários a cada situação. O funcionamento deste

centro é assegurado em permanência por médicos e técnicos, com formação específica para efetuar (INEM, 2009):

- O atendimento e triagem dos pedidos de socorro;
- O aconselhamento de pré-socorro, sempre que indicado;
- A seleção e acionamento dos meios de socorro adequados (de acordo com a situação da vítima e a proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência);
- O acompanhamento das equipas de socorro no terreno;
- O contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes.

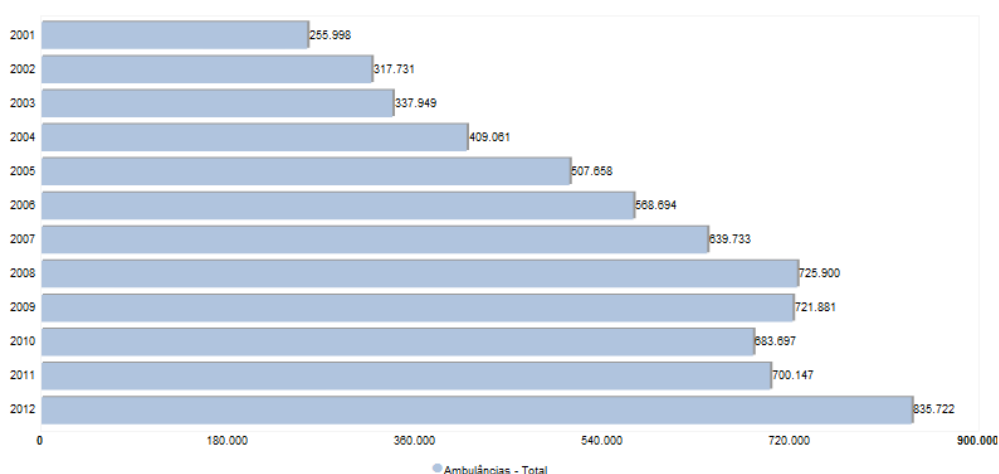


Figura 3 Número de acionamentos (2001-2012) (Disponível em: <http://www.inem.pt/stats/stats.asp>)

Para além do CODU, o INEM tem ainda ao seu dispor serviços mais específicos para orientação e apoio em outros campos da emergência (**Figura 4**).

CODU MAR	CIAV	Transporte de recém-nascidos e Pediatria de Alto Risco	CAPIC
<ul style="list-style-type: none"> • Tem como finalidade prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações sendo um serviço disponível 24 horas por dia, composto por uma equipa de médicos que cooperam com as Autoridades Marítimas Locais 	<ul style="list-style-type: none"> • O Centro de Informação Antivenenos presta informações referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de transporte inter-hospitalar de emergência, permitindo o transporte e estabilização de bebés prematuros, recém-nascidos e crianças em situações de risco de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise é formado por uma equipa de psicólogos clínicos, com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergência psicológica e intervenção em catástrofe

Figura 4 Alguns dos serviços disponibilizados pelo INEM

Meios de Emergência Médica

O INEM dispõe de um conjunto de meios, nomeadamente ambulâncias SBV/SIV, VMER, Motociclo, Helicópteros, coordenados pelo CODU. A **Figura 5**, mostra de forma sucinta os principais meios, a sua principal função e equipamento e a respetiva tripulação (INEM, 2009).



Figura 5 Meios de socorro do INEM (Disponível em www.inem.pt)

No final do 1º Semestre de 2012 o INEM dispunha, dos seguintes meios de Emergência Médica (Relatório de Atividades 1º S 2012):

- 42 Viaturas de Emergência e Reanimação – VMER;
- 5 Helicópteros de Emergência.
- 32 Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida – SIV.

- 61 Ambulâncias de Suporte Básico de Vida – SBV.
- 5 Motociclos de Emergência.
- 3 Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico.
- 228 Postos de Emergência Médica – PEM.
- 205 Postos Reserva – RES.

DISCUSSÃO

Como já foi dito, o estágio teve uma duração total de 84 horas, 24 horas em Ambulância SBV, 24 horas em Ambulância SIV, 24 horas em VMER e 12 horas no CODU (**Gráfico 1**). As atividades desenvolvidas e o parecer dos profissionais foram devidamente registrados nas Fichas de Realização de Estágio em Meio INEM apresentadas em anexo (Anexo I), bem como o certificado de estágio (Anexo II).

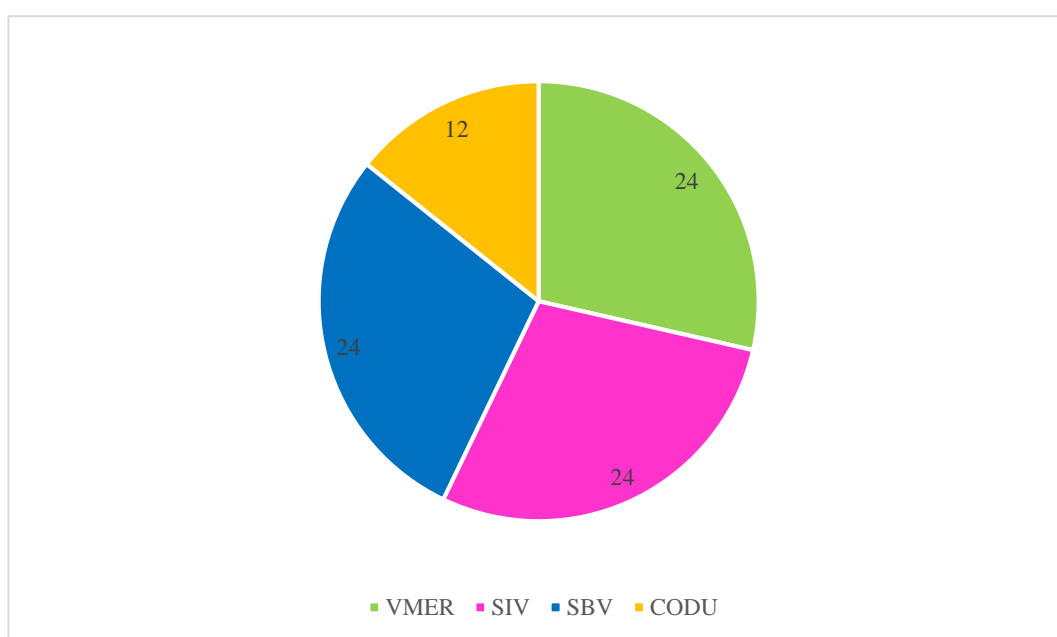


Gráfico 1 Distribuição das 84 horas de estágio pelos diferentes meios do INEM e CODU.

Descrição das atividades efetuadas

VMER

1º Turno (14-20h) - 23/10/2012 – HGSA

1		
Chamada: 18h35	Chegada ao Local: 18h40	Motivo: Intoxicação
Local: Via pública		

Identificação: R.H.C.O, sexo masculino, 30 anos, caucasiano, toxicodependente. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, inconsciente, com pulso, a hiperventilar.
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=28cpm; SatO ₂ =80% (ar ambiente); C- PA=110/53mmHg; pulso radial palpável; FC=93bpm; ECG: RS; D- Glasgow = 5 (O-1;V-2;M-2), inconsciente, miose.
Diagnóstico: Overdose por opiáceos
Atuação/Tratamento: Estabeleceu-se de imediato um AVP, oxigenioterapia (15L/min) e administração de naloxona (1 ap IM + 2 ap EV). Tendo recuperado totalmente (levantou-se e falava bem) após cerca de 20 minutos.
Seguimento: Foi levado para o HGSA pelos BV do Porto, sem acompanhamento.

2º Turno (14-20h) - 30/10/2012 – HGSA

2		
Chamada: 17h21	Chegada ao Local: 17h31	Motivo: Lipotímia
Local: Domicílio		
Identificação: M.C.S.S., sexo feminino, 66 anos, hipertensa e com antecedentes de neoplasia mamária operada em 2010 (mastectomia total/bilateral). À nossa chegada encontrava-se assintomática, acompanhada pelos BV Ermesinde. História compatível com perda de consciência ao sair da casa de banho, precedida de tonturas.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=18cpm; SatO ₂ = 97% (ar ambiente); AP: Normal C- PA=135/78mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=75bpm; AC: Normal; ECG: RS; D- Glasgow =15(O-4;V-5;M-6), colaborante, pupilas isocóricas, PC sem alterações, sem sinais focais; E-T axilar =36,8°C. Exame abdominal normal.		
Diagnóstico: Síncope recuperada.		
Atuação/Tratamento: Não fez.		

Seguimento: Recusou ir para o hospital tendo assinado termo de responsabilidade.

3º Turno (14-20h) - 18/03/2013 – HGSA

3		
Chamada: 15h21	Chegada ao Local: 15h30	Motivo: Hemorragia
Local: Domicílio		
Identificação: A.R., sexo masculino, 67 anos, sem antecedentes de relevo. À chegada ao local a vítima encontrava-se encostada na cama, consciente e orientada. Refere história de dor torácica com várias semanas de evolução associada a tosse com expetoração. Hoje com agravamento da dor e expetoração hemoptoica com pouca quantidade de sangue (pequenos raios de sangue que parecem mais associados ao esforço para tossir).		
Exame físico: A-Via aérea patente; B-FR=16cpm; Sem cianose, tiragem supra-clavicular e intercostal; SatO ₂ =97% (ar ambiente); AP: MV presente, RA mais intensos à esquerda. C- PA=130/83mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=75 bpm; D- Glasgow=15(O-4;V-5;M-6), orientado e colaborante E-T axilar =36,8°C.		
Diagnóstico: Infecção respiratória das vias aéreas inferiores?		
Atuação/Tratamento: Não fez.		
Seguimento: Transporte sem acompanhamento pelos BV de Matosinhos para o Hospital Pedro Hispano.		

4		
Chamada: 16h45	Chegada ao Local: 16h54	Motivo: Dispneia
Local: Lar		

Identificação: M.A.P., sexo feminino, 90 anos com *Diabetes Mellitus* tipo 2; HTA; história de AVC; Pneumonia há 3 semanas com internamento hospitalar. *Medicação Habitual:* Lasix®; Tromalyt®; Residon®; Cozar®; Omeprazol. À chegada ao local, tratava-se de uma vítima alectuada, totalmente dependente nas atividades da vida diária. Cuidadora refere que desde o dia anterior a vítima se encontra mais prostrada e menos reativa, com sinais de dificuldade respiratória e cianose das extremidades.

Exame físico:

A-Via aérea patente;

B-FR=20cpm, SatO₂=69% (10L/min); Tiragem supraclavicular e intercostal, cianose e diminuição da temperatura das extremidades; AP: MV globalmente diminuído, roncospersos pelos campos pulmonares.

C-PA=80/50mmHg; Pulso periférico pouco amplo, acelerado e rítmico; FC=132 bpm; ECG: TS, sem outras alterações;

D- Glasgow = 6 (O-1;V-2;M-3), Pupilas isocóricas;

E- T axilar=37,8° C; pele visivelmente desidratada;

Glicemia capilar= 315 mg/dL.

Diagnóstico: Pneumonia

Atuação/Tratamento: Administração de O₂ com máscara de alto-concentração (15L/min); Colocação de AVP e administração de NaCl a 0,9% EV.

Seguimento: Transporte para HGSA

Triagem de *Manchester*: Laranja.

5

Chamada: 17h35	Chegada ao Local: 17h43	Motivo: Ferida por arma de fogo
Ativação abortada após 15 minutos da chegada ao local por se tratar de uma chamada falsa.		

6

Chamada: 19h35	Chegada ao Local: 19h46	Motivo: Crise Convulsiva
-----------------------	--------------------------------	---------------------------------

Local: Via pública

Identificação: L.S.L.R., sexo feminino, 13 anos, seguida em pedopsiquiatria por crises de ansiedade acompanhadas de alucinações visuais há cerca de 2 anos. Medicação habitual: Diazepam 5mg, Inderal®.

À nossa chegada, a vítima já se encontrava na ambulância SBV acompanhada pelos TAEs, encontrando-se muito ansiosa, agitada e chorosa. Hoje terá tido nova crise, descrita pelos acompanhantes como crise convulsiva. Depois de ser acalmada e em conversa com a médica da VMER descreve alucinação em que vê um homem velho, grande, loiro que a persegue para ter relações sexuais. Tem noção que não é real e fica muito ansiosa por isso.

Exame físico:

A-Via aérea patente;

B-FR=24; SatO₂=98% (ar ambiente);

C-PA=129/80mmHg com pulso radial palpável, rítmico e amplo, FC=99;

D- Glasgow=15(O-4;V-5;M-6), pouco colaborante, agitada, ansiosa; pupilas isocóricas;

Diagnóstico: Crise de Ansiedade

Atuação/Tratamento: Administração Diazepam 5 mg PO

Seguimento: Transporte para o SU de pediatria HSJ.

Triagem de Manchester: Amarelo

4º Turno (14-20h) - 08/04/2013 – HGSA

7		
Chamada: 16h05	Chegada ao Local: 16h14	Motivo: PCR
Local: Via pública		
Identificação: M.L.C., 49 anos, masculino, caucasiano. Antecedentes e hábitos farmacológicos desconhecidos. À chegada ao local, a vítima encontrava-se em PCR há 20 minutos e em SBV há 15 minutos.		
Exame físico:		
A- Via aérea patente;		
B – Não respira; Pele cianosada		
C- Sem pulso; ECG: FV		
D- Glasgow=3(O-1;V-1;M-1), pupilas em midríase fixa		
Diagnóstico: PCR		
Atuação/Tratamento: Iniciadas manobras de SAV durante aproximadamente 25 minutos. Efetuaram-se 12 choques (1.º: 200 J, seguintes: 360 J), em ritmos desfibrilháveis (fibrilhação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso), sem sucesso, tendo a vítima entrado em assistolia.		

Oxigenoterapia (15L/min), colocação de AVP, entubação endotraqueal, ventilação, compressão cardíaca externa, desfibrilhação e administração de SF (100+500mL EV), adrenalina (1+1+1+1+1mg EV), amiodarona (300+150mg EV), sulfato de magnésio 20% (10mL EV), bicarbonato de sódio 8,4% (100mL EV), flumazenil (0,5mg EV) e naloxona (0,8mg EV).

8		
Chamada: 18h25	Chegada ao Local: 18h30	Motivo: Dor Torácica
Local: Domicílio		
<p>Identificação: M.B.P.B, sexo feminino, 89 anos, caucasiana. Antecedentes de FA medicada com Atorvastatina, Varfarina, Venlafaxina. Infecção respiratória há cerca de uma semana, medicada com Amoxicilina- Ácido Clavulânico. À nossa chegada, encontrava-se sentada num sofá, consciente e colaborante. Apresentava dor na região torácica anterior direita, de início há cerca de uma hora com irradiação para o MSD, que melhorou após toma de Nitroglicerina sublingual.</p>		
<p>Exame físico:</p> <p>A-Via aérea patente;</p> <p>B-FC=18cpm; SatO₂=100% (5 L/min); Sem SDR; AP: MV presente em todos os campos pulmonares, crepitações audíveis na base pulmonar esquerda;</p> <p>C- FC= 90bpm, PA= 139/97mmHg; ECG: FA, sem supra ST;</p> <p>D- Glasgow =15(O-4;V-5;M-6), pupilas isocóricas;</p> <p>E- Apirética.</p> <p>Glicemia capilar=270 mg/dL.</p>		
Diagnóstico: 1 - Dor torácica; 2- Infecção Respiratória		
Seguimento: Transporte para o SU do Hospital Geral de Santo António com acompanhamento médico.		
Triagem Manchester: Amarelo		

9		
Chamada: 19h15	Chegada ao Local: 19h20	Motivo: PCR
Local: Domicílio		

Identificação: M.J.C.M., sexo masculino, 86 anos, caucasiano, antecedentes de neoplasia vesical terminal, a fazer tratamentos paliativos, HTA e Insuficiência Cardíaca. À chegada da VMER, encontrava-se a equipa SBV Porto 2 em manobras de SBV há cerca de 15 minutos. Segundo os familiares da vítima, esta encontrava-se arreativa há cerca de 30 minutos.

Exame físico:

- A- Via aérea patente;
- B- Sem ventilação espontânea, extremidades cianosados;
- C- Sem pulso, DAE – assistolia há 15 minutos;
- D- Glasgow=3(O-1;V-1;M-1).

Diagnóstico: Óbito

Atuação/Seguimento: Preenchimento da “Ficha de Verificação de Óbito”

SIV

1º e 2º Turnos (08-20h) - 26/12/2012- Mirandela

10		
Chamada: 10h30	Chegada ao Local: 10h55	Motivo: Queda
Local: Via pública		
<p>Identificação: C.J.F., sexo masculino, 82 anos, caucasiano. Antecedentes: Diabetes mellitus tipo 2, HTA, surdez. À nossa chegada já se encontrava imobilizado em plano duro pelos BV de Carrazeda de Ansiães. Inicialmente pouco colaborante e muito queixoso. Contudo depois percebeu-se que a filha lhe tinha removido o aparelho auditivo que este usava o qual foi imediatamente recolocado ficando a vítima mais comunicativa. Refere dor intensa no MID e MSD. Terá caído numa zona rochosa com cerca de 3 metros de altura enquanto fazia trabalhos agrícolas. Foi acionado o Heli de Macedo de Cavaleiros que chegou ao local cerca de 25 minutos após a SIV (por dificuldades inerentes à aterragem).</p>		
<p>Exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> A- Via aérea patente; B- FR=24cpm; sem SDR; SatO₂=98% (ar ambiente); C- PA=159/100mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=105bpm; ECG: RS; D- Glasgow=13(O-3;V-4;M-6); pouco colaborante e agitado, pupilas isocóricas, PC sem alterações; 		

E- Possível fratura da anca ou colo do fêmur. Lesão ocular direita. Escoriação do lóbulo da orelha direita.
Diagnóstico: Queda
Tratamento: Oxigenoterapia (2L/min), colocação de AVP e administração de SF (100+500mL EV), fentanil (0,23mg EV) e metoclopramida (10mg EV). Evolução clínica favorável.
Seguimento: Transporte para Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro pelo Heli Macedo Cavaleiros.

11		
Chamada: 15h01	Chegada ao Local: 15h22	Motivo: Hematemeses e Hematoquézias
Local: Domicílio		
Identificação: J.M.D., sexo feminino, 75 anos, Diabetes mellitus tipo 2, HTA. Medicada com Glicazida, Indapamida, Inalapril. À chegada, a vítima estava consciente, desorientada e pouco comunicativa e já se encontrava com os BV de Vila Flor dentro da ambulância, onde se fazia sentir um cheiro fecal intenso. Marido refere dois vômitos com sangue vivo desde manhã e várias dejeções diarreicas com sangue igualmente vivo desde as 13h.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=17 cpm; sem SDR; SatO ₂ =98% (ar ambiente); AP: Normal C- PA=100/55mmHg; pulso radial palpável, fraco; FC=106bpm; D- Glasgow=15(O-4;V-5;M-6); pouco colaborante, desorientada. E- Apirética. Extremidades frias. Cheiro fecal intenso.		
Diagnóstico: Hemorragia digestiva alta		
Atuação/Tratamento: Colocação de AVP e administração de SF.		
Seguimento: Transporte para Hospital Mirandela.		
Triagem de Manchester: Laranja.		

12		
Chamada: 16h34	Chegada ao Local: 16h50	Motivo: Provável Crise Convulsiva
Local: Local de trabalho		

Identificação: M.I.B., sexo feminino, 49 anos, antecedentes de epilepsia e depressão. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito lateral direito, com sialorreia, consciente mas com desorientação no tempo e no espaço. Segundo testemunhas sofreu convulsão, com duração de 5 minutos, com posterior perda de consciência.
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR= 28 cpm; sem SDR; SatO ₂ = 98% (ar ambiente); AP: Normal; C- PA= 110/90mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=120 bpm; ECG:RS; D- Glasgow=13(O-3;V-4;M-6); sem outras alterações para além das descritas; E- Apirético Glicemia capilar:115 mg/dL
Diagnóstico: Provável crise epilética.
Atuação/Tratamento: Oxigenoterapia. Estabelecimento de um AVP e administração de SF.
Seguimento: Transporte para Hospital Mirandela.
Triagem de Manchester: Amarelo.

13		
Chamada: 19h50	Chegada ao Local:	Motivo: Dispneia
Identificação: Sexo feminino, 76 anos		
Observações: ABORTADA		

3º e 4º Turnos (08-20h) - 24/03/2013 - Mirandela

14		
Chamada: 16h03	Chegada ao Local: 16h16	Motivo: Corte com motosserra
Local: Local de trabalho		
Identificação: J.J.G., sexo masculino, 40 anos, caucasiano. Sem antecedentes conhecidos e sem hábitos farmacológicos. À chegada ao local, a vítima encontrava-se na ambulância dos BV, consciente e ansiosa, referindo dores intensas na mão direita; sem outra sintomatologia. A vítima teve acidente com motosserra tendo feito corte longitudinal do polegar direito com hemorragia controlada.		
Exame físico:		

<p>A- Via aérea patente;</p> <p>B- FR=20cpm; sem SDR; SatO₂=96% (ar ambiente); AP: Normal;</p> <p>C- PA=159/93mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; AC normal; FC=82 bpm; ECG: RS;</p> <p>D- Glasgow=15(O-4;V-5;M-6); Exame neurológico normal;</p> <p>E- Apirético; Corte longitudinal no polegar esquerdo com hemorragia controlada, sem fraturas. Sem traumatismos adicionais ou outras alterações relevantes.</p> <p>Glicemia capilar: 97 mg/dL</p>
Diagnóstico: Corte com motosserra
Atuação/Tratamento: Oxigenoterapia (3L/min), colocação de AVP, compressão local para controlo de hemorragia e administração de SF (100+500mL EV), fentanil (0,25mg EV), morfina (4mg EV) e diazepam (10mg SL). Evolução clínica favorável.
Seguimento: Transporte para Hospital de Mirandela.
Triagem de Manchester: Laranja

SBV

1º Turno (14-20h) - 25/10/2012 – Porto 1

15		
Chamada: 14h55	Chegada ao Local: 15h00	Motivo: Alcoolizado
Local: Via pública		
Identificação: G.A.A., sexo masculino, 60 anos, caucasiano. À nossa chegada, vítima caída na via pública, sonolento, desorientado e pouco colaborante. Hálito fortemente etílico.		
<p>Exame físico:</p> <p>A- Via aérea patente;</p> <p>B- FR=15cpm; Sem SDR;</p> <p>C- PA=120/70 mmHg; Pulso regular e rítmico; FC=80bpm;</p> <p>D- Escala AVDS <i>Estádio V</i>; Pupilas isocóricas;</p> <p>E- Com descontrolo de esfíncter vesical. Sem ferimentos visíveis.</p> <p>Glicemia capilar=130 mg/dL</p>		
Diagnóstico: Intoxicação etílica		
Atuação/Tratamento: A vítima foi colocada na posição lateral de segurança e preso.		

Seguimento: Transporte para o HGSA.
Triagem de Manchester: Amarelo

16		
Chamada: 16h45	Chegada ao Local: 16h59	Motivo: Queda
Local: Via pública		
Identificação: N.F.T., sexo feminino, 79 anos. Antecedentes de HTA, DM e ICC. Medicada com enalapril e hidroclorotiazida. À chegada da ambulância doente consciente, orientada e colaborante. Ferida aberta na arcada orbitária superior esquerda com dor. Terá caído na via pública, da própria altura, por ter escorregado em piso molhado.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=15cpm; Sem SDR; C- PA=145/80mmHg; Pulso regular e rítmico; FC=70bpm; D- Escala AVDS <i>Estádio A</i> , Pupilas isocóricas. E- Lesão incisa na região supraorbitária com cerca de 3 cm de extensão, com hematoma adjacente. Glicemia capilar=110 mg/dL		
Diagnóstico: Lesão incisa na arcada supraorbitária esquerdo.		
Atuação/Tratamento: Controle da hemorragia		
Seguimento: Transporte para HGSA.		
Triagem de Manchester: Amarelo.		

17		
Chamada: 17h28	Chegada ao Local: 17h35	Motivo: Lesão no Joelho
Local: Via pública		
Identificação: J.V.C., sexo feminino, 17 anos. À chegada ao local, a vítima encontrava-se sentada com muitas dores na face posterior do joelho esquerdo (região poplíteica). Terá sentido dor súbita quando mudava de direção em corrida. Sem outras queixas.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=15cpm; Sem SDR;		

C- PA=145/80mmHg; Pulso regular e rítmico; FC=105bpm;
D- Escala AVDS Estádio A; Pupilas isocóricas.
E- Edema significativo do joelho esquerdo, muita dor à palpação e mobilização dificultando exame físico. Teste de gaveta aparentemente negativo apesar das dificuldades na sua realização
Diagnóstico: Possível rutura de ligamentos.
Tratamento: Imobilização do MI
Seguimento: Transporte para HGSA.
Triagem de Manchester: Amarelo

2º Turno (14-20h) - 06/11/2012 – Porto 2

18		
Chamada: 14h32	Chegada ao Local: 14h40	Motivo: Lipotímia
Local: Domicílio		
Identificação: F.S., sexo masculino, 70 anos. Antecedentes: HTA, DM tipo 2, dislipidemia, IC, EAM, hipocoagulado. Medicação habitual desconhecida. À chegada ao local, a vítima encontrava-se consciente, sentada e referindo tonturas; sem outra sintomatologia. Terá tido síncope com perda do controlo de esfíncteres.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=16cpm; SatO2=97% (ar ambiente); C- PA=60/40mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=64bpm; D- Escala AVDS: estadio A, colaborante, pupilas isocóricas, PC sem alterações, sem sinais focais; E- Apirético; Pele pálida e sudorética. Glicemia capilar:114mg/dL		
Diagnóstico: Incerto		
Atuação/Tratamento: Elevação dos membros inferiores e oxigenoterapia (10L/min). A TA foi reavaliada (100/60mmHg) e a melhoria clínica da vítima permitiu o seu transporte sem necessidade de medidas adicionais.		
Seguimento: Transporte para o SU do HGSA.		
Triagem de Manchester: Laranja.		

19		
Chamada: 15h40	Chegada ao Local: 15h46	Motivo: Hipoglicemia
Local: Local de Trabalho		
Identificação: F.S., sexo feminino, 22 anos, caucasiano. Antecedentes DM tipo 1. À chegada a vítima estava sentada, consciente e colaborante, apresentando hipersudorese. Refere ainda não ter almoçado e estar habituada a episódios de hipoglicemia.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR= 15 cpm; sem SDR; SatO ₂ = 99% (ar ambiente); C- PA=120/85mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=64bpm; D- Escala AVDS: estadio A, colaborante; E- Apirético; Pele pálida e sudorética. Glicemia capilar:38mg/dL		
Diagnóstico: Hipoglicemia		
Atuação/Tratamento: Administração oral de Glicose 30%, 10 ml. Nova medição de glicemia capilar após 5 minutos: 56mg/dl.		
Seguimento: Recusa ser transportada para o hospital assinando termo de responsabilidade.		

3º Turno (14-20h) - 13/04/2013 – Porto 1

20		
Chamada: 13h50	Chegada ao Local: 14h00	Motivo: Acidente de viação. Saída com VMER
Local: Via pública		
Identificação: I.M.P., Sexo feminino, 37 anos. Antecedentes: dislipidemia. Medicação habitual: sinvastatina. À chegada ao local, a vítima encontrava-se consciente, no interior de um veículo ligeiro capotado, não encarcerada, decorrente de acidente de viação com piso molhado. Apresentava-se bastante ansiosa, sem queixas algicas ou outra sintomatologia.		
Exame físico: A-Via aérea patente; B-FR=18cpm; sem SDR; SatO ₂ = 98% (ar ambiente); C-PA=175/90mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=80bpm; ECG: RS;		

D-Glasgow=15(O-4;V-5;M-6); colaborante e agitada; E-Palpação abdominal normal, sem fraturas aparentes. Sem traumatismos.
Atuação/Tratamento: Extração da viatura e imobilização; colocação de AVP e administração de SF (100+500mL EV). Evolução clínica favorável.
Seguimento: Transporte para HSJ.
Triagem de Manchester: Amarelo

21		
Chamada: 15h23	Chegada ao Local: 15h30	Motivo: Provável crise Convulsiva
Local: Via pública		
Identificação: A.P.T, sexo feminino, 35 anos, caucasiana, antecedentes de HTA, depressão com seguimento no Hospital Magalhães Lemos após várias tentativas de suicídio, epilepsia. Medicação Habitual: desconhece designação e dosagem. Admite administração irregular. À chegada a vítima estava deitada, consciente e colaborante, no chão de um supermercado. Apoio médico presente ocasional (cliente da loja), que refere que a vítima discutiu com familiar e desmaiou.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=20cpm; SatO ₂ =99% (ar ambiente); C- PA=135/90mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=76bpm; D- Escala AVDS: estadio A, colaborante, pupilas isocóricas; E- Apirética; Na ambulância começa a chorar e refere que teve uma crise de ansiedade e encenou um desmaio como pedido de atenção por parte de familiar.		
Diagnóstico: Crise conversiva associada a provável depressão.		
Atuação/Tratamento: Apoio psicológico.		
Seguimento: Recusa de transporte tendo assinado termo de responsabilidade.		

22		
Chamada: 16h39	Chegada ao Local: 16h47	Motivo: Dor pré-cordial. Apoio da VMER.
Local: Domicílio		
Identificação: C.R.T., sexo masculino, 77 anos. Antecedentes: HTA, IC, DPOC. Medicação habitual: Varfarina, digoxina, omeprazol, valsartan, hidroclorotiazida, alprazolam, e brometo		

de ipratrópio. Alérgico à penicilina. À nossa chegada encontrava-se sentado no sofá, consciente e colaborante queixando-se de dor pré-cordial com irradiação para o ombro direito com início há cerca de uma hora e meia.

Exame físico:

A- Via aérea patente;

B- FR=15cpm; Sem cianose ou tiragem supra-clavicular e intercostal; SatO₂=98% (ar ambiente);

C- PA=125/76mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=110 bpm; ECG 12D: infra-ST em V5, V6 e D2.

D- Escala AVDS: estadio A, colaborante, pupilas isocóricas, PC sem alterações, sem sinais focais;

E- Apirético;

Glicemia capilar:122mg/dL.

Diagnóstico: Provável SCA

Atuação/Tratamento: Oxigenoterapia (10l/min); Colocação de AVP e administração de SF IV e AAS oral.

Seguimento: Transportada por nós ao hospital, com acompanhamento médico.

Triagem de Manchester: Laranja.

23

Chamada: 17h20

Chegada ao Local: 17h28

Motivo: Criança com ferida aberta

Local: Domicílio

Identificação: G.A.T., sexo masculino, 6 anos, saudável, encontrava-se numa festa de anos de um amiguinho. À nossa chegada encontrava-se consciente, bem disposto e com a hemorragia controlada. Terá batido com a cabeça na esquina de uma mesa na sequência de uma brincadeira com os colegas, apresentando ferida aberta na região frontal. Mãe excessivamente ansiosa e agitada.

<p>Exame físico:</p> <p>A- Via aérea patente;</p> <p>B- FR=20cpm; SatO₂ = 98% (ar ambiente);</p> <p>C- PA=105/75mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=110 bpm;</p> <p>D- Escala AVDS: estadio A, colaborante e bem-disposto;</p> <p>E- Ferida corto-contusa com cerca de 3 cm na região frontal.</p>
Diagnóstico: Ferida corto-contusa na região frontal.
Atuação/Tratamento: Tranquilização da mãe. Limpeza da ferida com SF e colocação de compressas no local da lesão.
Seguimento: Transporte para o HSJ.
Triagem de Manchester: Amarelo.

24		
Chamada: 20h20	Chegada ao Local: 20h27	Motivo: Rutura de Variz
Local: Domicílio		
<p>Identificação: D.F., sexo masculino, 64 anos, caucasiano. Antecedentes: fumador pesado (70 U.M.A), hipercolesterolemia medicada com sinvasatina. À nossa chegada encontrava-se consciente sentado na borda da cama com uma toalha de banho encharcada em sangue a envolver o tornozelo da perna esquerda. O chão no quarto e corredor estava coberto de sangue, o doente só terá reparado quando começou a sentir o pijama molhado.</p>		
<p>Exame físico:</p> <p>A- Via aérea patente;</p> <p>B- FR=18cpm; SatO₂=99% (ar ambiente);</p> <p>C- PA=120/90mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=89bpm;</p> <p>D- Escala AVDS: estadio A, colaborante, pupilas isocóricas;</p> <p>E- Apirético; Rutura de variz no tornozelo esquerdo com sangramento ativo. Sem outras alterações ao exame físico;</p> <p>Glicemia capilar:114mg/dL.</p>		
Diagnóstico: Rutura de variz MIE		
Atuação/Tratamento: Elevação imediata dos MIs e colocação de compressas no local com controlo da hemorragia.		
Seguimento: Transporte para HGSA.		

Triagem de Manchester: Laranja.
--

4º Turno (14-20h) - 30/04/2013 – Porto 6

25		
Chamada: 14h50	Chegada ao Local: 15h01	Motivo: Queda
Local: Domicílio		
Identificação: G.P., sexo feminino, 77 anos, caucasiano, autónoma nas atividades da vida diária, antecedentes de depressão. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, no sofá. Apresenta-se consciente e refere dor de intensidade 8/10 no MIE, sobretudo ao nível da anca dizendo-se incapaz de sustentar o próprio peso. Terá escorregado na cozinha enquanto lavava o chão.		
Exame físico: A- Via aérea patente; B- FR=14cpm; SatO ₂ =98% (ar ambiente); C- PA=40/90mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC= 98bpm; D- Escala AVDS: estadio A, colaborante, pupilas isocóricas; E- Encurtamento com rotação externa do MIE; Sem outras queixas; Apirético; Estômago cheio.		
Diagnóstico: Provável fratura do colo do fémur.		
Atuação/Tratamento: Imobilização em plano duro e maca de vácuo.		
Seguimento: Transporte para o HGSA.		
Triagem de Manchester: Amarelo.		

26		
Chamada: 16h17	Chegada ao Local: 16h25	Motivo: Hematúria
Local: Domicílio		
Identificação: J.M.V., sexo masculino, 74 anos, caucasiano. Antecedentes: DM tipo 2, HTA, cancro da próstata. À nossa chegada, encontrava-se deitado, consciente, colaborante. Esta alectuado há cerca de 1 ano e algaliado há 6 meses. Esposa refere urina de coloração rosa-avermelhada desde há 2 dias. Só hoje resolve pedir ajuda por persistência do sintoma. Nega febre (mediu por 3 vezes temperatura axilar no domicílio) e outros sintomas associados.		

<p>Exame físico:</p> <p>A- Via aérea patente;</p> <p>B- FR=15cpm; SatO₂=98% (ar ambiente);</p> <p>C- PA=140/92mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=85bpm;</p> <p>D- Escala AVDS: estadio A, colaborante, pupilas isocóricas;</p> <p>E- Apirético; Urina de coloração avermelhada na algália; doente aleituado, usa fralda e completamente dependente nas atividades da vida diária.</p>
Diagnóstico: Hematúria de causa desconhecida.
Seguimento: Transporte para o HSJ.
Triagem de Manchester: Amarelo.

27		
Chamada: 19h05	Chegada ao Local: 19h14	Motivo: Queda
Local: Domicílio		
<p>Identificação: A.F.B., sexo feminino, 90 anos, caucasiana, com antecedentes de Alzheimer. À nossa chegada encontrava-se consciente, desorientada com ferida sangrante na região parietal direita. Segundo testemunha a vítima terá caído do primeiro degrau de umas escada e batido com a cabeça num vaso.</p>		
<p>Exame físico:</p> <p>A- Via aérea patente;</p> <p>B- FR=16cpm; sem SD; SatO₂=97% (ar ambiente);</p> <p>C- PA=150/95mmHg; pulso radial palpável, rítmico e amplo; FC=89bpm;</p> <p>D- Escala AVDS: estadio A, não colaborante e desorientada no tempo e no espaço;</p> <p>E- Ferida corto-contusa sangrante na região parietal direita; Roupas sujas de sangue; Apirética.</p>		
Diagnóstico: Lesão corto-contusa na região parietal direita.		
Atuação/Tratamento: Controle a hemorragia com compressas.		
Seguimento: Transporte para o HSJ.		
Triagem de Manchester: Amarelo.		

CODU

Estágio dia 11/12/12 e 11/04/13

No CODU, entre pedidos de ajuda e passagem de dados, assisti a 66 chamadas no primeiro estágio e 47 no segundo. Tive oportunidade de conhecer e perceber o funcionamento dos seus diferentes serviços, nomeadamente atendimento e triagem, avaliação dos pedidos efetuados, aconselhamento, o envio dos meios de socorro adequados a cada situação (acionamento), acompanhamento das equipas no terreno, o contacto com as unidades de Saúde, entre outros.

Análise das ativações

O **Quadro 1** procura caracterizar as 27 ativações relatadas, relativamente ao número absoluto por meio INEM e ao número médio de acionamentos por cada turno de 6 horas, verificando-se um maior número de saídas na SBV, com 13 ativações nos 4 turnos (média de 3,25 ativações/turno), seguindo-se a VMER com 9 ativações (2,25 ativações/turno) e por fim a SIV com apenas 5 ativações (1,25 ativações/turno). Pretende também caracterizar a amostra das vítimas no que respeita ao sexo (56% do sexo feminino) e à idade e ainda descrever os motivos das ativações, sendo que 15 ocorreram por doença súbita (56%), 8 por trauma (30%), 2 foram abortadas (7%) e 2 deveram-se a outros motivos (7%), encontrando-se discriminadas por meio INEM no **Gráfico 2**.

Tabela 1 Caracterização dos acionamentos

		VMER	SIV	SBV	Totais
Nº acionamentos		9	5	13	27
Acionamentos/Turno (6h)		2.25	1.25	3.25	2.25
Sexo	♂	4	2	6	12 (44%)
	♀	5	3	7	15 (56%)
Idade (anos)	Média	66	62	55	61
Motivo acionamento	Doença Súbita	7	2	6	15 (56%)
	Trauma	-	2	6	8 (30%)
	Outras	1	-	1	2 (7%)
	Abortadas	1	1	-	2 (7%)
Mortes		2	-	-	2 (7%)

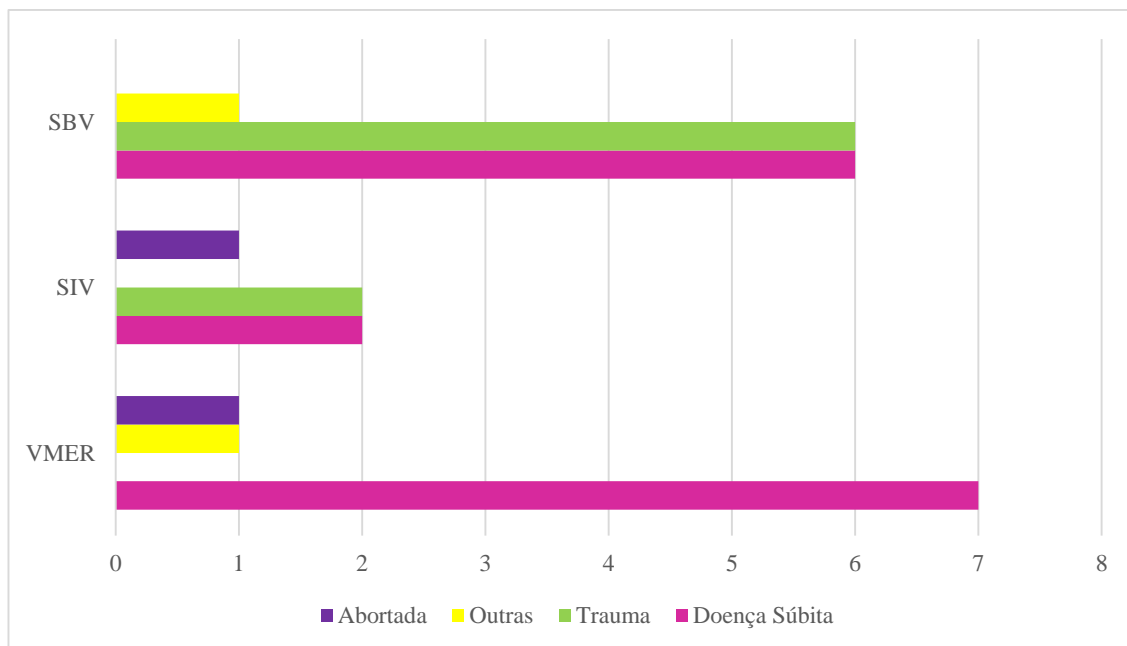


Gráfico 2 Motivo dos acionamentos por meio INEM

Quanto ao local da ocorrência, o domicílio e a via pública foram responsáveis por 84% dos acionamentos, com 12 saídas para o domicílio e 9 para a via pública (**Gráfico 3**).

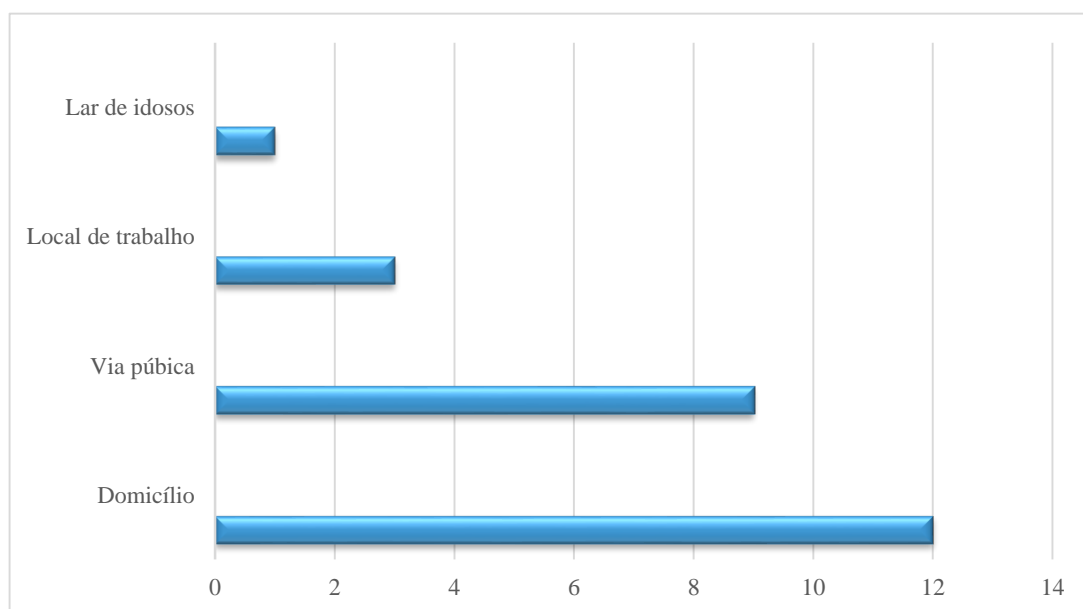


Gráfico 3 Distribuição dos acionamentos por local de ocorrência

As vítimas tinham idades compreendidas entre os 6 e os 90 anos com uma média de 61 anos (**Quadro 1**) sendo que a população idosa (> 65anos) representa a grande maioria das ativações com 52% (**Gráfico 4**).

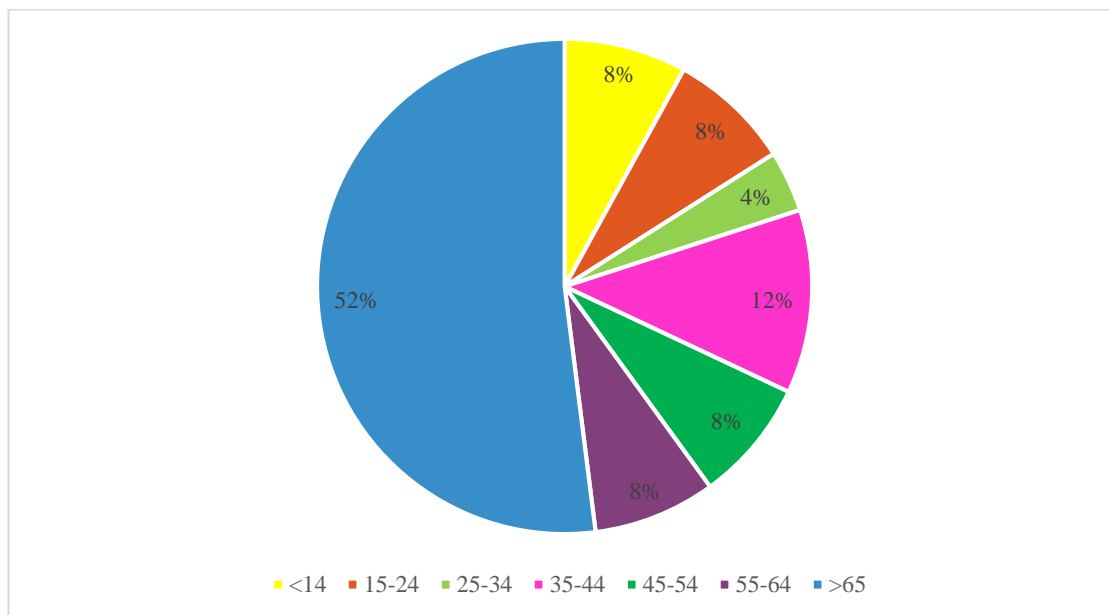


Gráfico 4 Percentagem de ativações consoante a classe etária

No **Gráfico 5** temos a distribuição da triagem dos doentes por meio INEM onde podemos verificar que percentualmente, os casos mais graves ocorreram na VMER (14% Laranja e 29% Morte) e na SIV (75% Laranja), enquanto que na SBV são maioritariamente amarelos (62%). No entanto, verifica-se que a percentagem de Laranjas neste último meio é bastante significativa (23%) o que em parte se justifica pelo facto de a SBV ser muitas vezes um meio de apoio à VMER, o que aconteceu uma vez. No entanto, a SBV socorreu sem nenhum apoio 2 casos (15%) que viriam a ser triados como laranjas no SU. Esta situação juntamente com o facto de a VMER sair para casos menos graves (triados como amarelos - 29%) e ainda ter 29% não transportados (baixa gravidade?) levanta questões quanto ao bom funcionamento por parte da triagem inicial feita no CODU e quanto à capacidade da população em reconhecer situações de emergência. Num estudo realizado no Reino Unido (Kirkby & Roberts, 2012) verificou-se que a grande maioria das pessoas inquiridas chama uma ambulância perante uma verdadeira situação de emergência mas que, por outro lado, há um elevado número de ativações destes meios sem que eles sejam verdadeiramente necessários.

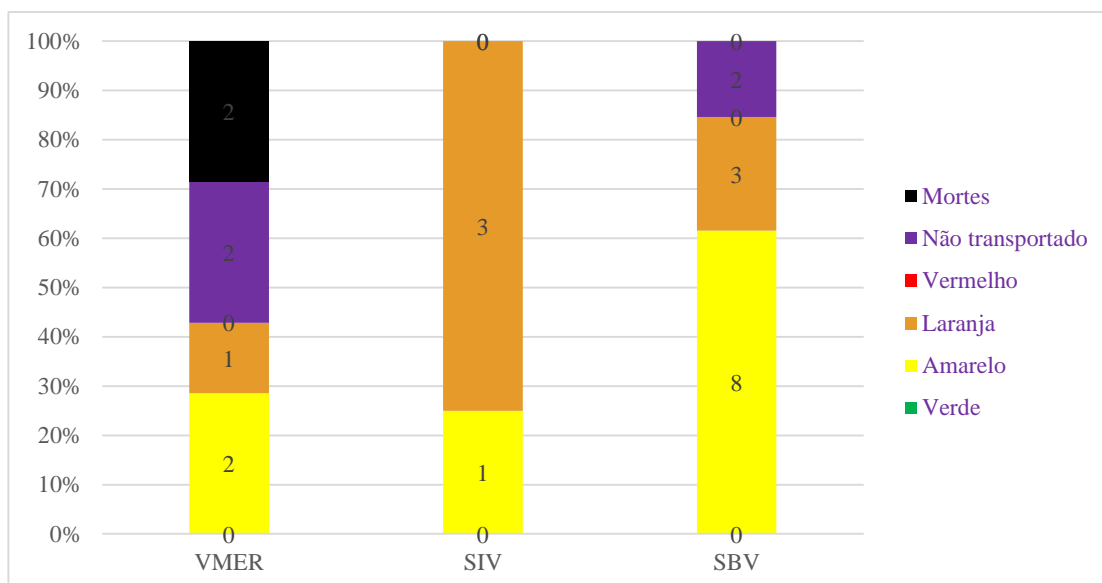


Gráfico 5 Triagem de Manchester, mortes e não transportados por meio INEM

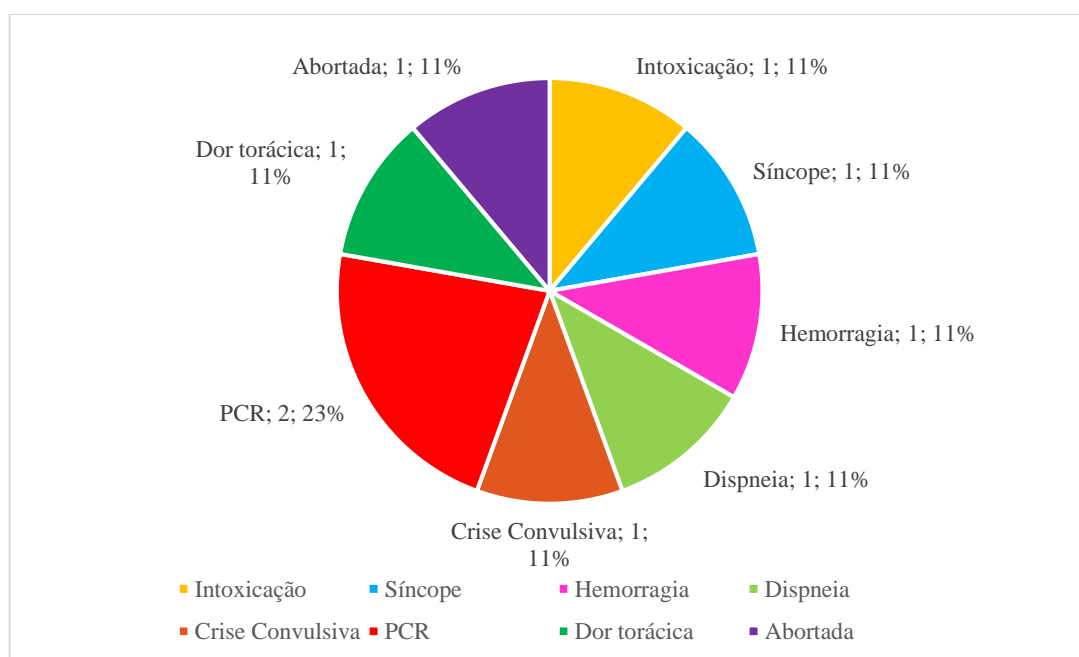


Gráfico 6 Motivo e Percentagem Relativa de Ativações na VMER

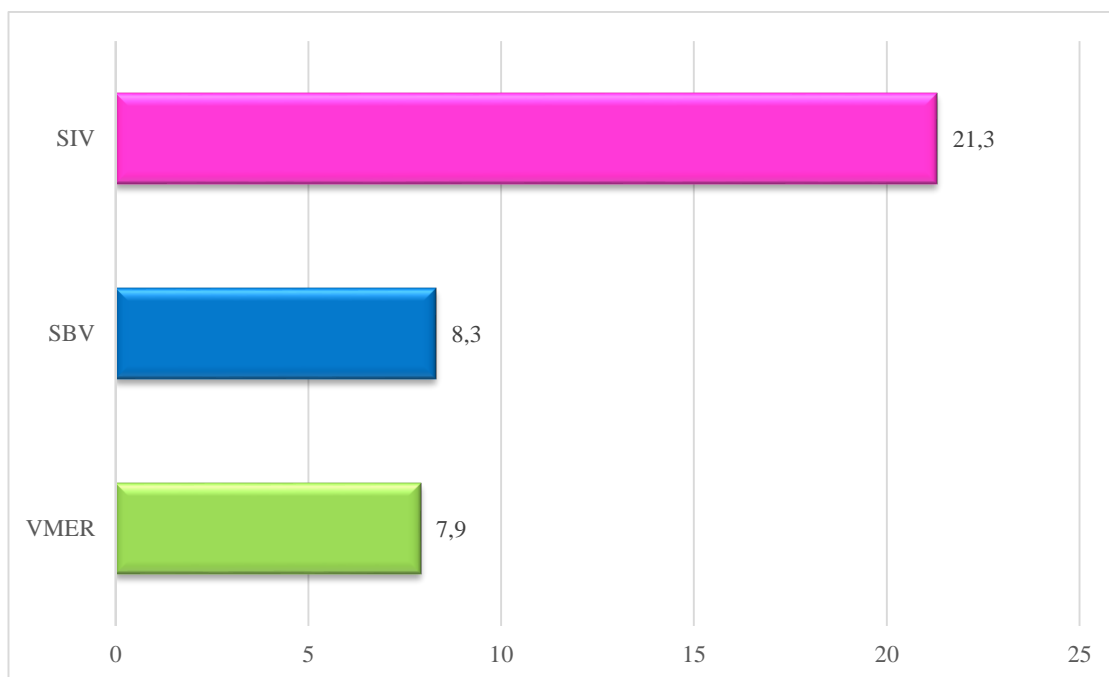


Gráfico 7 Tempo médio de chegada ao local consoante o meio INEM

Estágios em VMER

Por se tratar do meio mais diferenciado estes estágios foram sem dúvida os mais aliciantes e enriquecedores. Neles pude constatar o papel fundamental do médico na liderança das equipas e na abordagem e tratamento do doente emergente e a elevada importância do espírito de equipa entre os profissionais de saúde. Nos primeiros turnos, dado o baixo número de saídas, foram-me explicados os algoritmos do *European Resuscitation Council* (SBV, SAV) (Anexo III) disponíveis na base da VMER do HGSA, conheci o equipamento disponível neste meio e participei na realização de *check-list* e reposição de material em falta. Apesar de poucas ativações no total (9), os motivos de acionamento foram diversos, sendo que a PCR foi o motivo mais frequente (**Gráfico 6**). Ambas as PCR culminaram em morte da vítima, sendo que também aqui o médico tem um papel fundamental enquanto comunicador de más notícias. Com o caso **7** constatei que numa vítima em PCR nem sempre é necessário fazer SAV, especialmente se a vítima apresenta sinais “evidentes” de morte e se os antecedentes assim o justificarem. Com o caso **9** percebi o quanto as burocracias relacionadas com os casos de óbitos podem ser chatas e demoradas, pois como foi impossível contactar o médico assistente para verificar o óbito, a equipa da VMER teve que aguardar a chegada das autoridades (que demoraram cerca de 40 minutos) para poder abandonar o local, estando inoperacional durante um longo período de tempo. Com a ativação **1** apercebi-me dos riscos que estas equipas correm ao dirigirem-se sozinhas a bairros problemáticos.

Nunca me vou esquecer que a um metro de nós estavam 4 toxicodependentes a injetarem-se, enquanto nós tratávamos da vítima. Apercebi-me também que a VMER se desloca muitas vezes para situações onde na realidade não era necessária, como é o caso da ativação nº3 em que o doente apenas precisava de transporte para ir ao hospital. Na ativação 5, realço para a leviandade com que alguns encaram com as chamadas de emergência, tratando-se de uma chamada falsa que mobilizou as autoridades e vários veículos de emergência que poderiam ser necessários em outras situações.

Estágios em Ambulâncias SIV

Estes estágios, que decorreram na SIV de Mirandela, possibilitaram um contacto mais próximo com uma realidade fora dos grandes centros urbanos, o que permitiu uma compreensão mais concreta das várias realidades de atuação dos meios INEM. Constatei que o tempo médio de chegada ao local da ocorrência (**Gráfico 7**) era superior ao da VMER e SBV realizados na zona urbana do Porto. De facto, a geografia e o número reduzido de meios por km² são a favor desta demora. A saída 10 foi especialmente enriquecedora pela variedade de experiências vivenciadas. Com ela percebi as verdadeiras limitações que os profissionais enfrentam ao atuar em locais com maus acessos e em más condições atmosféricas. A vítima encontrava-se numa zona montanhosa, à qual era impossível chegar com a ambulância e tivemos que subir a pé cerca de 800 metros com todo o material às costas, sendo de enaltecer o espírito altruísta do enfermeiro e TAE, que nem por um segundo deixaram de correr para chegar o mais rápido possível junto da vítima. Percebi também a importância que as corporações de bombeiros têm nestas zonas pois, por estarem mais próximas, conseguem chegar mais rápido ao local, estabelecendo o primeiro contacto com a vítima. Aprendi que é muito importante tentar perceber desde cedo se existe alguma limitação na comunicação com a vítima, pois neste caso a filha tinha removido o aparelho auditivo da mesma, o que fez com que esta não conseguisse comunicar com a equipa de socorro. Nesta saída foi também acionado o Heli de Macedo de Cavaleiros e pude constatar que, apesar de conseguirem chegar rápido (quando nós chegamos já eles sobrevoavam a zona), demoram muito a chegar à vítima por dificuldades inerentes à aterragem e posterior deslocação para junto desta. Aqui a população teve também um papel fundamental ao transportarem a equipa do Heli de trator até ao local da ocorrência. Foi possível perceber a importância fulcral do papel do médico como líder de equipa e controlador do stress em situações de tamanho aparato, onde as populações se juntam em peso a observar a situação como aconteceu nesta situação.

Nas saídas **11**, **12** e **14** colaborei ativamente em todos os procedimentos realizados e pude perceber o papel importantíssimo do enfermeiro também ele como Team Leader, e da mais valia das ambulâncias SIV no socorro diferenciado a vítimas quando geograficamente não existem VMER disponíveis.

Estágios em Ambulâncias SBV

Estes estágios foram também muito ricos pela diversidade de patologias observadas (contacto com protocolos SBV) e experiências vivenciadas. Regra geral, foi-me possível ter aqui uma posição mais ativa participando em procedimentos rotineiros como medição de glicemia, medição dos parâmetros vitais, colocação de sistema O₂, imobilização e transporte de doentes, limpeza e desinfeção de feridas e mesmo colheita de história clínica. Participei também na realização da *check-list* e reposição de material em falta. Tive aqui a oportunidade de conhecer melhor outros profissionais de saúde – TAE – que não sendo médicos, são tão ou mais importantes que eles, por serem muitas vezes o primeiro elo de ajuda a chegar ao local. Percebi que estes trabalham em perfeita sintonia, ocupando funções específicas em cada turno sem se atrapalharem mutuamente. Com o caso **8**, percebi que grande parte das vezes o maior obstáculo reside na dificuldade em saber lidar com os familiares da vítima que se apresentam demasiado preocupados e ansiosos, o que faz com que no lugar de uma vítima tenhamos duas. Apercebi-me das enormes dificuldades que os TAE enfrentam quando, como no caso **25**, têm que transportar uma vítima imobilizada de um 4º andar sem elevador, sendo obrigados a fazer esforços desmesurados que muitas vezes põe em risco a sua própria segurança e a da vítima.

Estágios no CODU

Notei que, por vezes, os operadores enfrentam grandes dificuldades na recolha de informação o que dificulta o seu trabalho. Estas dificuldades estão relacionadas com a falta de preparação por parte da população em transmitir os dados corretamente deixando, muitas vezes de prestar informações importantes que poderiam fazer toda a diferença no que toca à necessidade e escolha do meio a ser enviado ao local da ocorrência. Outra dificuldade importante prende-se com a transmissão dos dados relativos à localização exata da vítima, pois a maioria das pessoas que ligam o 112 não está sensibilizada para o facto de que primeiro é necessário localizar a ocorrência

(porque o próprio programa não avança enquanto os dados relativos à morada não forem validados) e só depois descrever o acontecimento. Muitas vezes não sabem o nome da rua ou o código postal e dizem informações como “é mesmo aqui ao lado do supermercado” ou “sabe, aquela rua só de um sentido quem vai para a biblioteca”, etc., o que chega a ser mesmo desesperante para os operadores. Por outro lado, mesmo quando as pessoas sabem a morada, os nomes invulgares de algumas localidades associados ao sotaque, por vezes incompreensível de certas regiões do país impõem ainda mais um travão ao bom funcionamento do sistema de triagem. Para ultrapassar estes obstáculos era crucial educar a população sensibilizando-a para o funcionamento do CODU e do programa de triagem e para saber distinguir sinais e sintomas de gravidade.

Na **Figura 6** encontram-se os principais objetivos e competências a adquirir relacionados com os acionamentos em que foram contemplados.










Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente.	
<ul style="list-style-type: none"> • Médico como líder de equipa - Acionamentos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 22 • Médico responsável pelo tratamento - Acionamentos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 22 • Médico como controlador do stress - Acionamentos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 22 • Responsável pela previsão de novos problemas - Acionamentos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 22 	
Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico	
<ul style="list-style-type: none"> • Edema Agudo Pulmão • Síndrome Coronário Agudo - Acionamento 22 • PCR/Ritmos peri-paragem - Acionamentos 7 e 9 • Hipoglicemia grave - Acionamento 19 • Intoxicação - Acionamento 1 • Queda/Atropelamento/Acidentes - Acionamentos 10, 14, 16, 20, 25 e 27 • Queimados 	
Apreender técnicas “life-saving”	
<ul style="list-style-type: none"> • Suportar Oxigenação e Ventilação - Acionamento 7 • Suporte Hemodinâmico adequado • Correção de desequilíbrios metabólicos • Imobilização adequada no politraumatizado - Acionamentos 10, 20, 25 • Esvaziamento gástrico e antídotos no intoxicado - Acionamento 1 	
Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de SAV;	
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo Dispneia - Acionamento 4 • Protocolo Intoxicações - Acionamento 1 • Protocolo Hipoglicemia - Acionamento 19 • Algoritmo PCR - Acionamento 7 e 9 • Algoritmo Bradicardia • Via Verde Coronária 	
Tomar consciência da importância do trabalho em equipa	
<ul style="list-style-type: none"> • (transversal a todas as ativações) 	
Liderança e de gestão, em situação de pressão e ansiedade	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação da Reanimação cardiovascular - Acionamento 7 e 9 • Atribuição dos diferentes papéis aos diferentes meios - Acionamento 7, 9, 10 e 22 	
Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Imobilização do politraumatizado - Acionamento 10, 20 e 25 • Colocação de acesso EV - Acionamentos 1, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 20, 22 • Monitorização cardiovascular - Acionamentos 1, 2, 4, 7, • Compressões torácicas - Acionamento 7 e 9 • Colocação de tubo de Guedel - 7 e 9 • Entubação orotraqueal - Acionamento 7 • Colocação de sonda nasogástrica e lavagem • Aspiração Via Aérea - Acionamento 4 	
Trabalho em equipa	
Responsabilidade e Ética profissional	
<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de termos de recusa . Acionamento 2, 19, 21 • Procedimento de acordo com o estado da arte - Sempre 	

Figura 6 Acionamentos Vs Objetivos/Competências a adquirir

CONCLUSÕES

Considero que de uma forma geral todos os objetivos delineados foram alcançados.

No início deste ano letivo, último do curso de Medicina, considerava-me incapaz de agir perante qualquer tipo de EM pelo que, a nível académico, são inegáveis as mais valias desta oportunidade.

Este estágio é “a cereja no topo do bolo” para quem, como eu, teve a feliz oportunidade de frequentar a disciplina opcional de Emergência Médica posteriormente aprovada. Com ele pude pôr em prática os conhecimentos teóricos aprendidos e ficar a conhecer a realidade do INEM, os recursos que este disponibiliza, os protocolos utilizados e as dificuldades e riscos que os seus profissionais enfrentam todos os dias: trabalho psicológico e fisicamente pesado, elevado número de interferências externas com as quais têm que lidar no campo de atuação, condições meteorológicas muitas vezes adversas, falta de segurança pessoal e rodoviária, etc. A responsabilidade, carácter, sensatez, maturidade, profissionalismo, competência e sobretudo o espírito de equipa e de interajuda, são qualidades transversais e essências a estes profissionais de azul e amarelo.

Por outro lado, o estágio permitiu reconhecer alguns pontos que merecem reflexão. É exemplo disto, o claro desconhecimento da organização e funções do INEM por parte da sociedade em geral, que dificulta muitas vezes a triagem inicial. Foi perceptível também o excesso de pedidos de auxílio somente como meio de transporte para o hospital. Tudo isto mostra a necessidade de massificar a formação nesta área de modo a usufruirmos destes serviços quando eles são realmente necessários. A assimetria da prestação de cuidados de saúde entre o litoral e o interior e os maus acessos nesta última região, são também outro problema que poderia ser atenuado com o aumento do número de meios mais diferenciados e com a criação de locais de aterragem para os helicópteros, de forma a ultrapassar a dificuldade que estes tem em aterrar numa zona segura e próxima da vítima.

Para além do impacto na minha formação médica não posso deixar de falar do componente pessoal associado a esta experiência onde tive a oportunidade de vivenciar um pouco da vida quotidiana de muitos portugueses, apercebendo-me das condições precárias em que um grande número vive.

Concluindo, considero que este estágio foi altamente enriquecedor a nível profissional, cívico e pessoal. Ficam também os meus desejos para que no futuro, as Faculdades de Medicina visem remodelar os seus planos curriculares no sentido de criar uma disciplina de Emergência Médica obrigatória e acessível a todos os alunos, pois é grave o facto de passar ao lado da maioria destes o que fazer, ou não, numa situação de emergência pré-hospitalar.

“Porque em qualquer dia, a qualquer hora, em qualquer lugar, é provável que algo de improvável venha a acontecer.”

Aristóteles

BIBLIOGRAFIA

- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. (2012). *Diário da República, 1ª série, nº32*. Ministério da Saúde.
- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão. (2011). *Relatório de Atividades e Contas*. INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.
- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão. (2012). *Relatório de Actividades INEM - 1º Semestre 2012*. INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica I. P.
- INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Ambulâncias*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27944
- INEM. (2009). *Carteira de Serviços - CODU*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27856
- INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Helicópteros*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27977
- INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Motociclos de Emergência Médica*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27933
- INEM. (2009). *Carteira de Serviços - VMER*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27966
- INEM. (2013). *Número de Accionamentos*. Obtido de <http://www.inem.pt/stats/stats.asp?stat=13&REF=Ambul%2ncias+-+Total>
- INEM. (2013). *Número de Chamadas de Emergência Recebidas*. Obtido de <http://www.inem.pt/stats/stats.asp?stat=11&mes=6&ano=2013>
- Kirkby, H. M., & Roberts, L. M. (2012). Inappropriate 999 calls: an online pilot survey. *Emerg Med J*, 141-146.
- Madeira, S., Porto, J., Nieves, F., Henriques, A., Pinto, N., Henriques, G., & Rato, J. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2ª edição.
- Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-Hospitalar - Que Realidade*. Camarate: Lusociência.
- Nolan, J. P. (2010). *Guidelines for Resuscitation*. European Resuscitation Council.

Skandalakis P. N, L. P. (2006). "To afford the wounded speedy assistance": Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World J Surg*, 1392-9.

ANEXOS

Anexo I – Fichas de Realização de Estágio em Meio INEM



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Vitorais

OBJECTIVOS: Observação de Turno na VMER da HGSA no contexto da Tese de mestrado em emergência pré-hospitalar

Coordenador do Estágio: Dz António Marques da Silva

Data: 23/10/2012 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: 0 Trauma: 0 Outras: 1 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário Stefanie Pires Vitorais

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Dmitri Chouvala Hyland 41849

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Neste turno da VMER apenas assisti a uma activação (devido a uma overdose de opiáceos) pelo que gostaria de ter oportunidade de repetir.

Tive o prazer de conhecer uma ótima equipa de trabalho.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participou em todas as actividades desenvolvidas pela VMER.

Bom trabalho em equipa

Hyland



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS: Realização de Relatório de Estágio em Emergência Pré-hospitalar no contexto da tese Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 30/10/2012

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VHER

Nº DE ACTIVACÕES: 1

Doença Súbita: 1

Trauma: 0

Outras: 0

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Dmitri Chouvalov 91864

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- Participação na "Check-list" das medidas;
- Observação na "check-list" do material utilizado no meio VHER
- Uma única activação onde fizemos a colocação de electrodos e leitura de ECG.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Equipa engere marcações de novo estágio, uma vez que a única activação não foi proveitosa

[Assinatura]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS: Estágio Observacional no contexto de Tese de Mestrado (Emergência Pré-Hospitalar)

Coordenador do Estágio: Dz António Marques da Silva

Data: 18/03/2013

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VHER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 84

Doença Súbita: 3

Trauma: 0

Outras: 0

Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- Participação em todas as actividades desenvolvidas pela VHER:

- "check-list";
- reposição de material utilizado;
- activações da VHER (4).

Articulação do meio VHER com outros meios de emergência pré-hospitalar menos diferenciados.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participar activamente nas actividades realizadas pela equipa médica de emergência.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS:

Relatório de Estágio no contexto da base assistencial em Emergência Pré-Hospitalar

Coordenador do Estágio:

Dz. Autório Marques da Silva

Data:

8/14/2013

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VPR

Nº DE ACTIVACÕES:

3

Doença Súbita:

2

Trauma:

Outras:

1

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Antônio (011 42438)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participação em todas as atividades desenvolvidas:

- Realização da "check-list" e reposição do material em falta de acordo com as indicações.

- 3 ativações da VPR.

Participar e colaborar ativamente nas atividades desenvolvidas pela equipe da VPR.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio em Emergência Pré-Hospitalar no contexto da tese de Mestrado. e

Coordenador do Estágio: Dz. Autuário Marques da Silva

Data: 16/12/2012

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: SIV MIRANDELA

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: 1

Outras: 0

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Júlio dos Santos Alves

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Participação em todas as atividades realizadas:

- "check-list" das malas e ambulância;

- atuação do meio SIV em situações de trauma e doença súbita;

- Treino de técnicas de imobilização com talas e utilização de plau duro;

- articulação da SIV com meio mais diferenciado: Heli Mercado Cavaleiros

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A STEFANIE DEMONSTRA CAPACIDADE DE TRABALHO EM EQUIPA. COLABORA NA REALIZAÇÃO DE CHECK-LIST/ CARGA DA AMBULÂNCIA BEM COMO NOVA CONHECIMENTOS NO ÂMBITO DA ATUAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR, ATUAÇÃO, ESTABILIZAÇÃO E TRANSPORTE DA(S) VÍTIMA(S).



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pees Ybrazis

OBJECTIVOS:

Relatório Estágio em Emergência Pré-Hospitalar no contexto da Iese Hestradio.

Coordenador do Estágio:

Dr. António Marques da Silva

Data: 26/12/2012

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: SU MIRANDA

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: 0

Outras: 0

Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

YUGO DA SILVA ALVES

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participação em todas as actividades desenvolvidas.

Stefanie demonstrou capacidades de liderança, capacidades de integração na equipa e conhecimentos no âmbito da carga da ambulância e manuseio dos seus componentes. Demonstrou conhecimentos no âmbito da atuação em emergência pré-hospitalar, nomeadamente em contextos de vítimas de Ato Médico e Traumático.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Sebastião Pires Hóreis

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio em Emergência Pré-Hospitalar no contexto da tese Mestrado.

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 24/03/2013 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: SIV Hóreis

Nº DE ACTIVAÇÕES: 0 Doença Súbita: 0 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário _____

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Dr. Fábio Rodrigues

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Participação em todas as actividades realizadas

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participa nas actividades realizadas de forma activa;
- check-list ambulância e mochila
- verificação de stocks
- limpeza ambulância

Realizou o seu conhecimento dos protocolos e procedimentos em uso nas ambulâncias SIV,



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio em Emergência Pré-Hospitalar no contexto da tese Mestrado.

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 24/03/2013 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SIV Alexandra

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: 0 Trauma: 1 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário _____

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Prof. João Rodrigues

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participação em todas as actividades realizadas.

Participa nas actividades realizadas:

- descp. - list ambulância e mochilas;
- verificação de rotas;
- 1 saída.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS: Realização de Reabilitação de Estágio no contexto da tese de mestrado em Emergência pré-hospitalar

Coordenador do Estágio: Dr. Antônio Marques da Silva

Data: 25 / 10 / 2012

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: SBV

Nº DE ACTIVAÇÕES: 03

Doença Súbita: ☐

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Esclarecimentos sobre o funcionamento do INEM e os ^{seus} diferentes meios (SBV, SIV, VHE).
Observação de 3 activações.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Estagiário demonstrou bastante interesse pelas metodologias implementadas no INEM.

Foi colaborante e atencioso quer com a equipe quer com os utentes.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Moraes

OBJECTIVOS: Realização de Relatório de Estágio em Emergência Pré-hospitalar no contexto da tese Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Antônio Marques da Silva

Data: 6/11/2016

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: SBV Doto 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: 1

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

RUIZ RIBEIRO / João Santos

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Participação em todas as atividades desenvolvidas.

~~MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO~~

Fui colaborante, interessada, atenciosa para com a equipa e para com os utentes.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Stefanie Pires Horais

OBJECTIVOS: Realização de Relatório de Estágio em Emergência Pré-hospitalar no contexto da tese Mestrado

Coordenador do Estágio: Dz. António Marques da Silva

Data: 13.04.13 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: Portos

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 Doença Súbita: 5 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário _____
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Preses 94752

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Participação/observação de todas as actividades realizadas pela SBV.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Estagiária demonstrou interesse e comprometimento em todas as actividades desenvolvidas pela equipa dos Portos, demonstrando uma boa interacção com a equipa e as vítimas

Preses



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: STEFANIE P. RES MORAIS

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

Coordenador do Estágio: CRISTIANO GOMES

Data: 30/04/2013

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: PORTO 6

Nº DE ACTIVAÇÕES: ☐

Doença Súbita: ☐

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

ME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO:

Stefanie P. Res Moraes

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL:

SOÃO CRISTIANO R. M. GOMES

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

-MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- DEMONSTRA BASTANTE CONHECIMENTO E INTERESSE;
- AJUDA A EQUIPA EM TUDO O QUE É SOLICITADO;
- MUITO COMUNICATIVA COM VÍTIMAS E FAMILIARES.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Stefano Pires Flores

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio em Emergência Pré-hospitalar no contexto do 1.º ano de Mestrado

Coordenador do Estágio: _____

Data: 11/12/12 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: António Talles

Nº DE ACTIVACÕES: _____ Doença Súbita: _____ Trauma: _____ Outras: _____ Abortadas: _____

Assinaturas: O Estagiário Stefano Pires Flores

O Médico Regulador António Talles

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Tomei conhecimento do funcionamento e da dinâmica do CODU passando pelas seguintes áreas:

- atendimento;
- acionamento.

MÉDICO REGULADOR

Contactei as diferentes áreas do CODU:

- atendimento
- acionamento.

Tomei contacto com os fluxos de tráfego de chamadas de emergência.

Demanda interesse nas actividades desenvolvidas no CODU.

António Talles



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Stefanie Rizes Moraes

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio no contexto da tese de mestrado em Emergência pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 11/04/2013 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: Poeta

Nº DE ACTIVACÕES: ☐ Doença Súbita: ☐ Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
O Médico Regulador [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Contacto com as diferentes áreas do CODU:
- triagem;
- acionamento

MÉDICO REGULADOR

Atendimentos (chamadas 112)
Demonstrou interesse, esteve atenta, motivada.

Acionamento

Acompanhar o acionamento dos meios, e tomar a decisão das acionamentos

Anexo II – Certificado de Estágio

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que STEFANIE PIRES MORAIS, portador do documento identificativo n.º 13046098, residente na Rua São Gonçalo, n.º 1, 5370-602 Passos-MDL, realizou os estágios observação nos meios e local (CODU Norte) INEM, num total de 42 horas:

Datas / Turnos	Meios / Local
26 Dezembro de 2012 / Manhã 28 Dezembro de 2012 / Tarde	Ambulância de Suporte Imediato de Vida
11 Dezembro de 2012 / Tarde	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
23 Outubro de 2012 / Tarde 30 Outubro de 2012 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
25 Outubro de 2012 / Tarde 06 Novembro de 2012 / Tarde	Ambulância de Emergência Médica

Porto, Centro de Formação do INEM, 29 de Maio de 2013

A Responsável do Centro de Formação de Porto



(Enf.ª Adriana Machado)

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que STEFANIE PIRES MORAIS, portador do documento identificativo n.º 13046098, residente na Rua São Gonçalo, n.º 1, 5370-602 Passos-MDL, realizou os estágios observação nos meios e local (CODU Norte) INEM, num total de 42 horas:

Datas / Turnos	Meios / Local
24 Março de 2013 / Tarde 24 Março de 2013 / Manhã	Ambulância de Suporte Imediato de Vida
11 Abril de 2013 / Tarde	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
18 Março de 2013 / Tarde 08 Abril de 2013 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
30 Abril de 2013 / Tarde 13 Abril de 2013 / Tarde	Ambulância de Emergência Médica

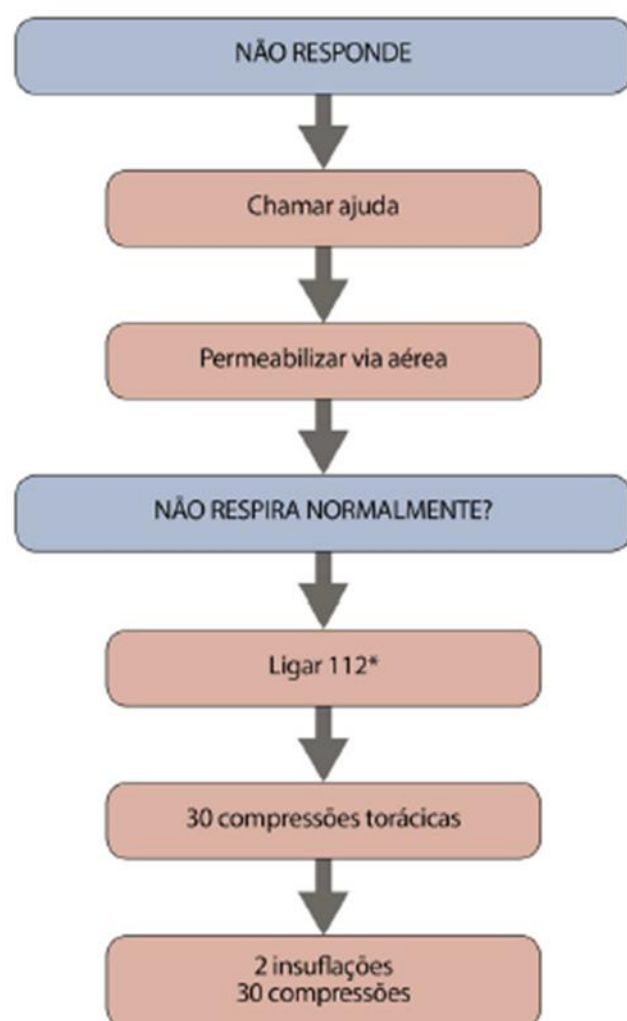
Porto, Centro de Formação do INEM, 29 de Maio de 2013

A Responsável do Centro de Formação de Porto

Adriana Machado
(Enf.ª Adriana Machado)

Anexo III – Algoritmo de Suporte Básico de Vida do European Resuscitation Council (Nolan J. P, 2010)

Suporte Básico de Vida do Adulto



*ou número de emergência nacional

Anexo IV – Algoritmo de Suporte Avançado de Vida do European Resuscitation Council
(Nolan J. P, 2010)

Suporte Avançado de Vida

